

居宅サービス計画
介護予防サービス計画 作成依頼（変更）届出書

令和 年 月 日

七戸町長 様

下記の事業者にて 居宅サービス計画 介護予防サービス計画 の作成を依頼することを届出します。

届出区分	新規・変更
------	-------

被保険者		被保険者番号							
フリガナ									
氏名		生年月日						性別	
		大正・昭和 年 月 日						男・女	
居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成依頼（変更）する事業者									
種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（介護予防支援事業者） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護支援事業者								
計画作成を依頼（変更）する事業所名及び事業所番号									
事業所の所在地 〒 -									
電話番号									
事業所を変更する場合の事由等（事業所を変更する場合のみ記入してください）									
<input type="checkbox"/> 認定区分変更に伴う事業者の変更（要支援⇔要介護）									
<input type="checkbox"/> その他									
								利用開始年月日及び変更年月日 (令和 年 月 日)	

個人番号 _____

<p>居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（予防）支援事業者が居宅介護（予防）支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護（要支援）認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護（予防）支援事業者に必要な範囲で情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 _____</p>

- (注) 1 この届出書は、要介護認定の申請時や、居宅サービス計画もしくは介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに介護高齢課へ提出してください。
- 2 事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届け出てください。届出書の提出がない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 被保険者証・資格者証 発行日 月 日 宛	備考
--------	--	----